



HAREID KOMMUNE

Helse- og omsorgsplan

Sak 21/255

2022-2030
Kommunedelplan

Innhald

1	Forord	4
1.1	Ein del av ein heilskap.....	4
1.2	Det er oss det handlar om	4
1.3	Endring er uunngåelig og stabilitet ein illusjon	5
2	Innleiing.....	7
2.1	Formål med helse- og omsorgsplanen	7
2.2	Frå mottakar til aktiv deltarar - samskapingskommune	7
3	Notid og framtidsbilete.....	7
3.1	Notid	7
3.2	Framtidsbilete.....	8
3.2.1	Omsorgstrappa	9
4	Rammer og føringar	10
4.1	Prosess og forankring	10
4.2	Nasjonale og regionale føringar.....	10
4.2.1	FN sine berekraftsmål	10
4.2.2	Samhandlingsreforma - sentral reform 2012	11
4.2.3	Leve heile livet – sentral reform 2019	11
4.2.4	Mestre heile livet – strategi 2017-2022.....	11
4.2.5	Nasjonal helse- og sjukehusplan	12
4.2.6	Møre og Romsdal fylkeskommune: Regional delplan for attraktive byar og tettstadar	13
4.2.7	Samarbeidsavtale om god helse, mellom Hareid kommune og Møre og Romsdal fylkeskommune (1.01.20-31.12.23)	13
4.2.8	Helseplattforma	13
4.3	Kommunale føringar	13
5	Visjon og mål.....	14
6	Folkehelse.....	14
7	Personvern.....	15
7.1	Personvern.....	15
8	Fokusområder	15
8.1	Ansvar for eige liv	15
8.1.1	Mål:	15
8.1.2	Status.....	15
8.1.3	Strategi	16
8.2	Samarbeid/samhandling	16
8.2.1	Mål:	17
8.2.2	Status.....	17
8.2.3	Strategi.....	18
8.3	Berekraftig utvikling og innovasjon	19

8.3.1	Mål:	19
8.3.2	Status.....	19
8.3.3	Strategi.....	20
8.4	Framtidsretta organisering og dimensjonering av tenestene.....	20
8.4.1	Mål:	20
8.4.2	Status.....	20
8.4.3	Strategi.....	22
10	Økonomi	29
11	Vedlegg	29

1 Forord

1.1 Ein del av ein heilskap

Kommunane har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og omsorgstenester til alle som treng det, uavhengig av alder eller diagnose. Staten har ansvar for å sikre like rammevilkår gjennom regelverk og økonomiske rammer. Staten har også ansvar for å føre tilsyn og kontroll.

Med «Fretnidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» la regjeringa fram ein plan for å skape ei heilskapleg helse- og omsorgsteneste i kommunane. Det er særskilt tre satsingsområde i meldinga: auka kompetanse, betre leiing og teamorganisering.

Kompetanseløft 2025 er regjeringa sin plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstenesta. Fastlegen er ofte det første møtet brukaren har med helsetenesta. Fastlegeordninga vart innført i 2001 og ga alle som er busett i ei norsk kommune rett til å ha ein fastlege. Trass i at mange opplever utfordringar med å rekruttere fastleggar har vi i Norge god legedekning med færre innbyggjarar per fastlege enn mange andre land.

Når vi skal lage ein lokal helse- og omsorgsplan er det viktig å ha som bakteppe at vi er ein del av eit stort nett av ulike ansvarsnivå og spesialitetar. Eit stort knippe av lover, forskrifter, rettleiarar, planar, samhandlingsavtalar og prosedyrar med meir, er førande for kommunen sin lokale plan.

Norge har ei desentralisert helse- og omsorgsteneste ved at store deler av ansvaret er lagt til kommunane. Etter kommunesamanslåinga har mange kommunar vorte mykje større, medan om lag halvparten av landets kommunar framleis har mindre enn 5000 innbyggjarar. Medan dei små kommunane har meir enn nok med å ivareta dagleg drift har dei store kapasitet til å satse på strategi, kompetanse, forsking- og utviklingsarbeid i eigen organisasjon, regionalt, nasjonalt og jamvel internasjonalt. Dei små kommunane har fordelen med kort hierarki og eit oversiktlig lokalsamfunn, men ikkje tilstrekkeleg med ressursar til strategi og utvikling av eigen organisasjon. Alle har det same tenesteansvaret. Dette fører til strekk i laget og dei små kommunane må samarbeide for å løyse oppgåvene. Interkommunalt samarbeid er imidlertid vanskeleg fordi kommunane sine behov varierer og der er eit sterkt konkurranseelement, ofte knytt til lokalisering og arbeidsplassar. Vi må følgje med korleis desse skilnadane i rammevilkår vil slå ut på sikt.

Helseføretaka er ein sentral samhandlingspart. Desse er svært komplekse kompetanseorganisasjonar og har ein tilsvarande rikhaldig intern samhandlingsstruktur. Det er utfordrande for helseføretaka å samhandle med så mange kommunar/sjølvstendige juridiske einingar, og det er difor lagt mykje arbeid i etablere samhandlingsavtaler og formelle samhandlingsstrukturar. Pasienten bur i kommunen, men har til tider nokre besøk på sjukehuset. Kommunen gir tenester med utgangspunkt i innbyggaren sitt livsløp. Sjukehuset på sin side har diagnosefokus, og dette kan gjøre at overgangar mellom ansvarsnivåa vert krevjande.

1.2 Det er oss det handlar om

Midt mellom alle desse fagfolka har vi den det heile eigentleg handlar om. Pasienten. Ein gang er det eg, ein annan gang du. Mange vert brått tatt til side frå skule eller arbeid, andre er kronisk sjuke og har eit livslangt forhold til helsevesenet. Vi treng det i alle delar av livet. Som gravid mor, nyfødt barn, helsestasjon, ein operasjon, heimesjukepleie og kanskje sjukeheim. I all planlegginga, utredninga og koordineringa må vi huske å ta med og lytte til den det gjeld.

«Brukermedvirkning er livsviktig. Å bli lyttet til bekrefter at du er verdt noe. Det har både en egenverdi og en terapeutisk verdi. Hvis pasienter får være med å påvirke sin egen behandling, blir de bekreftet som mennesker som kan og vet og teller.»

Denne pasienterfaringa er tatt inn som eit sitat i Nasjonal helse- og sjukehusplan for det er hit vi vil. Vi har ein felles visjon i Norge om å skape pasientens helseteneste. Å nå dit krev mykje av mange, og alle må gjere sitt. Spørsmålet «*kva er viktig for deg?*» skal vere førande både i møtet mellom pasient og helsepersonell og i utviklinga av helse- og omsorgstenesta. Vi skal styrke befolkninga si helsekompetanse og pasienten sitt høve til å vere ein aktiv deltakar i eiga helse og utvikling av tenestene.

1.3 Endring er uunngåelig og stabilitet ein illusjon

Vi går raskt mot ei tid med fleire eldre innbyggjarar og færre yrkesaktive som skal fylle både behovet for arbeidskraft og skatteinntekter. Samstundes har vi stadig fleire unge som fell utanfor arbeidslivet og utanforskap har vorte eit nøkkelord. Den medisinske utviklinga er formidabel og hjelper mange til eit lenger liv, noko som er fantastisk for oss som enkeltmenneske, men kan vere svært ressurskrevjande for helsevesenet. Vi har over år sett dreining i kostnadane frå eldreomsorg for å finansiere stadig stigande utgifter til yngre brukarar.

Kommunen si rolle har endra seg svært mykje dei siste tiåra. Utviklinga har gått frå forvaltningskommune, om servicekommune til samskapingskommune. Frå midten av 1990-talet hadde den enkelte mykje godt ansvar for seg og sine, enten det gjaldt barn eller sjuke og gamle. Kommunane hadde ein distriktslege og ein heimesjukepleiar. Sakshandsaming var neppe eit særlig omtalt omgrep, og kommunen fordelede tenester medan innbyggaren mykje godt stod med hatten i handa. På begge sider av årtusenskiftet har kommunen hatt fokus på rolla som teneste- og serviceytar. I same periode har tenestearansvaret til det offentlege og kommunane mangedobra seg. Tilgjengelege tenester og tal på tilsette og profesjonar gjer kommunen til ein av dei største og mest komplekse arbeidsplassane.

Samfunnet har i same periode vorte sterkt lovregulert og kravet til kompetanse og administrasjon aukar i takt med dette. Med så mange profesjonar og lovparagrafar med behov og krav om samhandling mellom alle partane, vil helsevesenet lett falle tilbake i rolla som forvaltar. Men innbyggaren si rolle og rettar i samfunnet har i same periode hatt sterkt fokus, og kommunen vert no i samfunns litteratur omtalt som samskapingskommunen. Vidare verdiskaping skal skje i eit samspel mellom det offentlege, det private og frivillige. Den demografiske utviklinga og trendane i samfunnet krev at pendelen svingar noko tilbake mot auka privat ansvar for seg og sine. Men ein må finne nye måtar å løyse dette på for kvinnene er ikkje lenger berre på heimebane.

I nær framtid skal vi altså sørge for velferd og helsetenester til langt fleire trengande med færre hender til å utføre oppgåvene. Spørsmålet vert korleis vi bur oss på dette, og kva grep vi må ta her og no, og på litt lenger sikt. Korleis vil Hareidsamfunnet legge til rette for at folk er mest mulig sjølvhjelpte, korleis kan vi sikre at hjelpa går til den som til ei kvar tid treng den mest. Korleis skal vi fordele dei kronene vi har på ulike førebyggjande- og hjelpetiltak. Dette skal helse- og omsorgsplanen finne svaret på, og vere ei rettesnor for vidare prioritering, utvikling og drift av tenestene. Forventningsavklaring vert viktig for vi veit at den enkelte i langt større grad enn det som har vore vanleg siste tiåra må planlegge, og bu seg på eigen alderdom. Vi vil ikkje kunne rekruttere nok folk så vi må ta i bruk teknologi der denne kan erstatte menneske. Moderne teknologi er i ferd med å få feste i befolkninga så det vil i mange høve verte opplevde som ei positiv utvikling som vil gi den enkelte større valfridom og sjølvstende i kvardagen. Vi kan ikkje løyse dette innanfor helse- og omsorgssektoren. Heile kommunen og lokalsamfunnet må sjåast i samanheng og vere ein del av prioritieringsdebatten.

Alle sentrale føringar tyder på at det vert mindre overføringer til kommunane i åra som kjem. Det vert overført stadig nye oppgåver som ikkje er fullfinansiert. Sjølv om samanlikningstal viser at Hareid kommune driv tenestene effektivt har vi for høgt driftsnivå med større utgifter enn inntekter. Dette fordi vi er ei låginntektskommune. Dette er ikkje berekraftig og vi må drifte endå billigare for å greie forpliktingane. Tiltaka i planen må difor vere basert på gode kost/nytte-vurderingar og fremme ei meir effektiv og billigare drift. Vi treng rask effekt av tiltaka for å unngå Statsforvaltaren si ROBEK-liste, der det berre er sparing og lite eller ingenting til investering. Det er difor avgjerande viktig at tiltaka i planen er realistiske og fremmer effektivitet og dermed også oftast kvalitet. Vi treng både kortsiktige og langsiktige tiltak og håper at mange vil bidra med innspel slik at vi får ein god plan å jobbe vidare etter.

Førebygging i staden for behandling, og innanfor- i staden for utanforskap vert to sentrale mantra i tida som kjem.

Vi ynskjer lykke til med å finne dei gode grepene og kloke vala for framtida i Hareid kommune!

Ragnhild Velsvik Berge
kommunedirektør

Helga Bøe
konstituert kommunalsjef

2 Innleiing

2.1 Formål med helse- og omsorgsplanen

Helse- og omsorgsplanen skal vere verkty for tenestene i sektor for velferd. Den skal vise oss vegen vi ynskjer å gå framover basert på behovet ut frå statistikk og det vi faktisk har i dag av tenestetilbod.

Vi skal legge vekt på viktige utfordringar, samstundes som vi skal synleggjere dei strategiske vala kommunen tek. Det er eit mål at helse- og omsorgsplanen skal vere eit godt og enkelt verktøy for styring og utvikling av sektoren.

Det er samstundes behov for å ha eit sterkt fokus på helsefremjande og førebyggjande arbeid for å dempe eller utsette behovet for helse- og omsorgstenester.

Leve heile livet- reforma (Meld.St. 15 2017-2018) skal ligge til grunn for arbeidet med helse og omsorg i Hareid kommune og skal vere førande for dei vala som vert gjort.

Meldinga sitt hovedfokus er å skape et meir aldersvenleg Norge, og består av 25 konkrete og utprøvde løysingar på område der vi veit at det for ofte svikter i tilbodet til eldre i dag. Det handlar om eit aldersvenleg Norge, aktivitet og fellesskap, mat og måltid, helsehjelp og samanheng i tenestene. Reforma byggjer på det tilsette, eldre, pårørande, frivillige, forskrarar og leiarar har sett fungerer i praksis. Det som løfter kvaliteten på tenestene og bidrar til trygg, verdig alderdom.

2.2 Frå mottakar til aktiv deltarar - samskapingskommune

Mange av dei utfordringane vi står overfor i kommunen dei neste åra, har vi til felles med resten av kommunane i landet. Psykisk helse, både blant barn og unge, vaksne og eldre, er og blir eit viktig tema i tida framover. Det er mange barn og unge som fell utanfor og slit i det samfunnet dei lever i til dagleg. Fleire unge treng mykje hjelpe for å takle kvardagen, samstundes som dei i stor grad ønskjer å styre den hjelpa dei har rett på.

Vi får ei stor auke i talet på eldre i åra framover. Sjølv om ei aldrande befolkning ikkje er einstydande med auka tenestebehov, vil talet på dei som tek i mot tenester auke fram mot 2030 og det vert færre yrkesaktive per pensjonist. Dette kombinert med ein trond kommuneøkonomi, inneber at tenesteproduksjon slik vi gjer det i dag, ikkje vil vere berekraftig på sikt.

3 Notid og framtidssbilete

3.1 Notid

Folkehelseundersøkinga for 2021 viser at folk flest på Hareid (72,3 %) meiner å ha god eller svært god helse. Der er likevel nokre faktorar som kan spele inn på framtidig behov for helsetenester, mellom anna sosial omgang, bruk av røyk og snus, nakke- og ryggsmarter, omsorgsbelastning med vidare.

Innbyggarundersøkinga for 2021 viser at folk på Hareid jamt over er meir fornøgde med helse- og omsorgstenestene enn gjennomsnittet for landet, men at vi scorar litt under når det gjeld kommunen som bustad for eldre.

Rapporten frå Agenda Kaupang frå hausten 2020 om «Kartlegging og framskriving av boligtrappen i Hareid kommune» viser at Hareid har ei anna samansettning av tilbod til eldre enn det som er vanleg i resten av landet. Mellom anna kjem det fram at andelen av eldre over 80 år som bur på sjukeheim er på 15,7 % på Hareid, medan det i landet elles ligg på 11,3 %. Tilbod til eldre i bustadar med døgnomsorg er per i dag ikkje eit tilbod på Hareid, men i landet elles bur 3,7 % av dei eldre over 80 år i slike bustadar. Det er også ein stor del

av dei eldre over 80 år som bur i kommunale bustadar utan døgnbemanning i Hareid, 11,7 %, medan det berre er 3,7 % i resten av landet.

3.2 Framtidsbilete

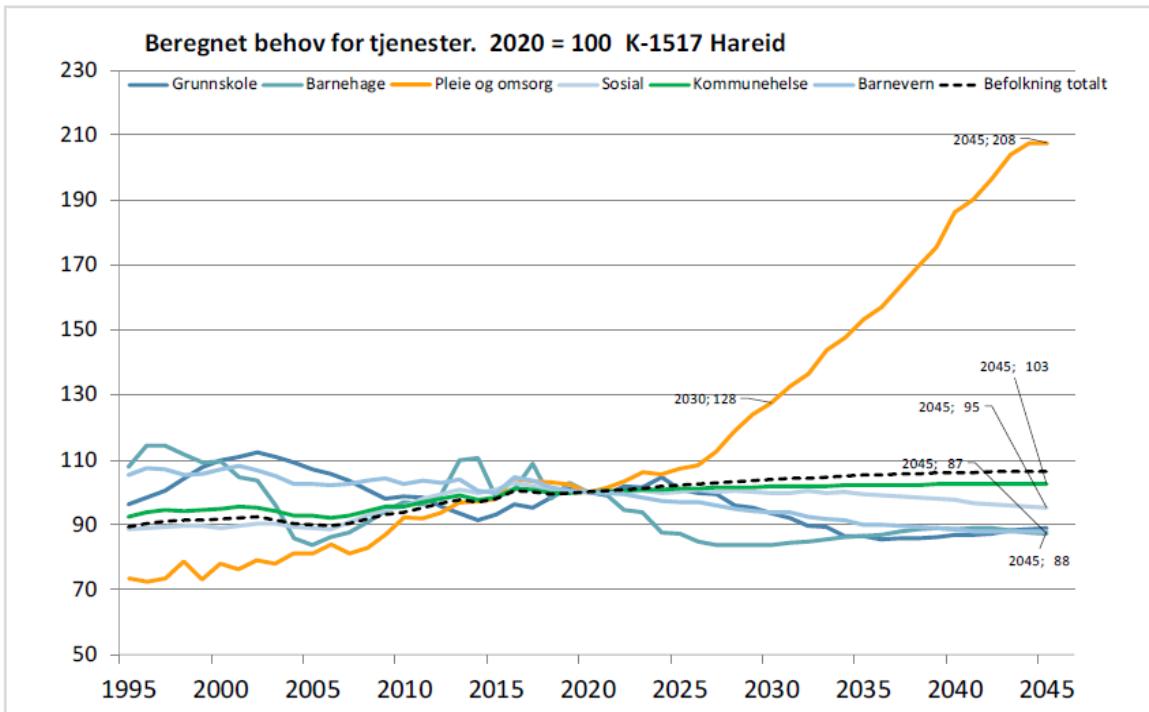
Demografisk framskriving viser at talet på eldre vil stige kraftig i åra som kjem, samstundes som dei eldre held seg friskare lengre. Dette vil gi oss to grupper med eldre – dei som klarer seg sjølv, som fortsatt har mykje å bidra med, både i arbeidslivet og som frivillige, og dei som har behov for ulik grad av bistand for å klare seg.

Alder/år	2020	2025	2035	2045
67-79	591	708	792	836
80-89	189	225	389	478
90 og eldre	59	52	75	142

Dersom Hareid kommune i framtida skal tilby tenester etter same mal og nivå som i dag vil dette medføre ei sterk auke i behovet for institusjonsplassar.

Teneste/år	2020	2025	2035	2045
Sjukeheim Langtid	38	41 (+3)	66 (+28)	88 (+50)
Sjukeheim Korttid	9	10 (+1)	15 (+6)	20 (+11)
Omsorgsbustad	36	39 (+3)	62 (+26)	81 (+26)

Figuren under er henta frå rapporten frå Agenda Kaupang og viser framskriving i behov for tenester i Hareid kommune fram til 2045. Som ein ser vil behovet gå ned for skule og barnehage, men ikkje tilstrekkelig til å avhjelpe den store auken innan pleie og omsorg.



Figur 3.2 Beregnet behov for tre utvalgte tjenester 2010–2040 (2020=100) i Hareid kommune

I 2045 vil det være færre barn med behov for grunnskole og barnehage som i dag, jf. figuren over. Økningen i behovet for pleie- og omsorgstjenester er anslått til 108 prosent. Det er en relativt beskjeden økning frem til 2025. Deretter øker behovet kraftig helt frem til 2050.

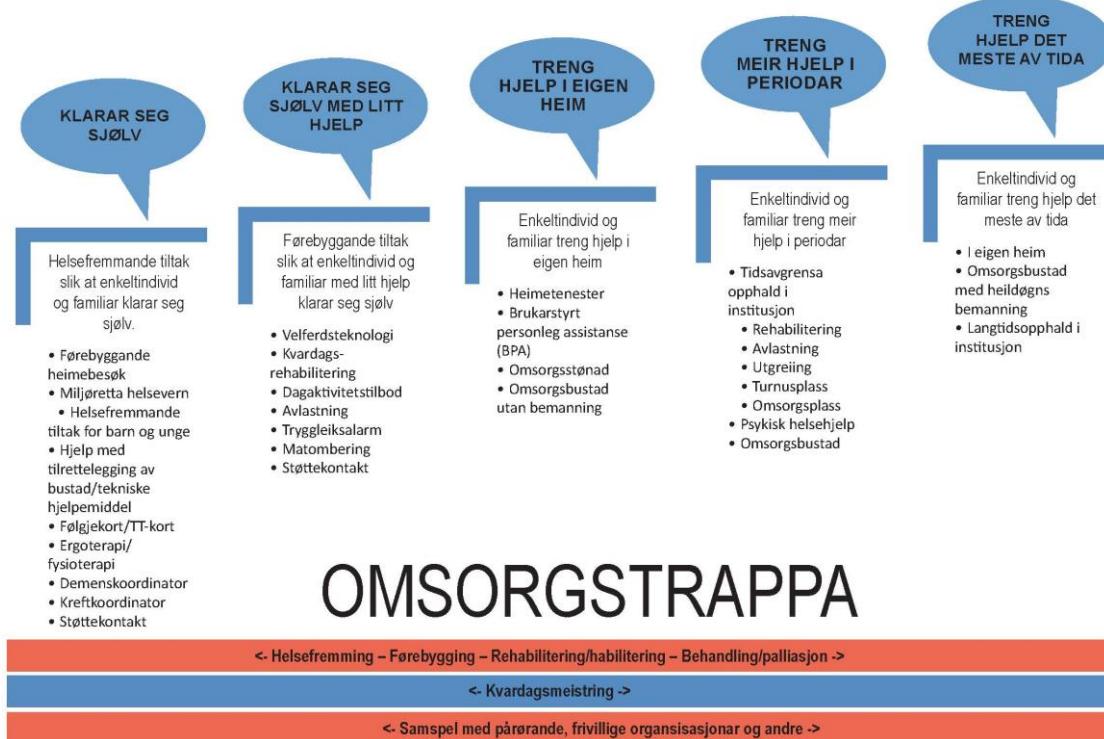
3.2.1 Omsorgstrappa

For å klare å møte dei endringane som kjem må Hareid kommune i større grad utnytte alle stega i omsorgstrappa og arbeide for å gi teneste på lågast mogleg nivå, altso utnytte stega i trappa betre enn vi gjer i dag. Hjelp til sjølvhjelp er eit viktig stikkord i den samanheng. Dette er viktig ut frå fleire omsyn:

- ✓ Dei aller fleste eldre vil helst bu heime og vere «herre i eige huss» so lenge dei kan og kjenne at dei sjølv meistrar kvardagen sin. Det viktigaste er at dei føler seg trygge, har sosial omgang med andre og ikkje føler seg einsame, samt at dei får hjelp som er tilpassa deira behov.
- ✓ Kostnaden ved tenester høgt oppe i trappa er høgre for kommunen og samfunnet enn tenester lengre nede i trappa. Når talet på eldre vert so høgt i forhold til talet på yrkesaktive, vil det verte færre som betalar skatt, samstundes som pleiebehovet går opp. Det er derfor viktig at alle kommunar i Noreg legg til rette for best mulig utnytting av dei ressursane vi har.
- ✓ Tenester høgt oppe i trappa er svært personellkrevjande og rekruttering til stillingar innan pleie og omsorg vil verte endå vanskelegare i framtida enn i dag. Alt i dag ser vi at det er krevjande å rekruttere kvalifisert personell, særskilt sjukepleiarar, og dette vil verte endå meir krevjande i åra som kjem

Omsorgstrappa viser at tenestetilbodet strekk seg frå helsefremmende tiltak og eit lite hjelpebehov til eit meir omfattande hjelpebehov på siste steget i trappa. Ved å ha ulike nivå på tenestetilbod, vil tilboden kunne tildelast ut frå det hjelpebehov den enkelte bruker har. Omsorgstrappa blir ofte brukt saman med omgrepene LEON – lågaste effektive omsorgsnivå, og kan vere eit uttrykk for kostnadane knytt til dei ulike tenestetypene. For kvart trinn oppover i trappa er det behov for auka ressursar. For at kommunen skal

kunne legge til rette for at brukarane får dekt sine behov for helse- og omsorgstenester framover med rett omsorgsnivå, i tilstrekkeleg omfang og til rett tid, må det vere god flyt, og rett dimensjonering av stega i omsorgstrappa.



4 Rammer og føringar

4.1 Prosess og forankring

Prosessen med Helse og omsorgsplanen er utarbeidd etter eit planprogram med utgangspunkt i plan- og bygningslova §11-13 (sjå også §4-1). Dette for å gjere greie for vegval vi ynskjer å ta og legge føringar for høyringar og medverknad i planprosessen. Vi ynskjer at dette skal vere ein plan alle kan stille seg bak.

Kommunestyret er eigar av prosjektet, formannskapet er politisk styringsgruppe, prosjektgruppa er kommunedirektøren si leiargruppe i tillegg til tillitsvalte og kommunalsjef for velferd er prosjekteiar. Ulike arbeidsgrupper har arbeidd med planen for å sikre god og brei forankring, disse er samansett av tilsette, tillitsvalte, representantar frå folkevalde organ (RFU og ELR), brukarrepresentantar og ungdomsrådet.

Det har vore brei involvering av tilsette, brukarar og innbyggjarar ved høyring og politisk vedtak på planprogram, samt medverking og høyring av sjølve planen før politisk vedtak av planen.

4.2 Nasjonale og regionale føringar

4.2.1 FN sine berekraftsmål

I nasjonale forventningar til fylkeskommunal og kommunal planlegging 2019-2023 har regjeringa uttrykt at FN sine berekraftsmål skal vere det politiske hovudsporet for å ta tak i vår tids største utfordringar. Regjeringa understreka at fylkeskommunar og kommunar er nøkkelaktørar for å realisere FN sine berekraftsmål i Noreg. Berekraftsmåla må innarbeidast og bli ein del av grunnlaget for samfunns- og arealplanlegginga, og dermed fylkeskommunane og kommunane si verksem.



FN sine berekraftmål er eit internasjonalt samarbeid om å utjamne sosiale ulikskapar og ivareta klimaet og miljøet på jorda. Ein må ha berekraftig økonomi for å kunne løyse desse utfordringane. Helse- og omsorgsplanen vil i hovudsak vere retta mot sosiale- og helsedimensjonen i berekraftmåla.

I arbeidet med planen skal vi særskilt ta utgangspunkt i desse hovudmåla:

- ✓ God helse og livskvalitet
- ✓ God utdanning
- ✓ Mindre ulikskap
- ✓ Bærekraftige lokalsamfunn
- ✓ Samarbeid for å nå måla

4.2.2 Samhandlingsreforma - sentral reform 2012

Rett behandling – på rett stad – til rett tid.

Målet med samhandlingsreforma er

- ✓ førebygge meir
- ✓ behandle tidlegare og
- ✓ samhandle betre

til det beste for befolkninga og pasientane.

4.2.3 Leve heile livet – sentral reform 2019

Utgangspunktet for Leve heile livet er å skape eit meir aldersvennleg samfunn der eldre lever gode liv og deltar i fellesskapet. Målgruppa for reforma er alle eldre over 65 år, både dei som bur heime og dei som bur på institusjon.

Overordna skal reforma bidra til:

- ✓ Fleire gode leveår
- ✓ Pårørande som ikkje vert utslikt
- ✓ Tilsette som trivast i jobben og får brukt sin kompetanse

4.2.4 Mestre heile livet – strategi 2017-2022

Vi treng openheit og meir kunnskap om psykisk helse og at vår fysiske og psykiske helse verker inn på kvarandre. Det vil gjere det lettare å takle små og store utfordringar, førebygge

sjukdom, lettare å behandle sjukdom og lettare mestre og leve med sjukdom. Strategien handlar om alt dette.

Regjeringa har fem overordna mål for strategien:

- ✓ Psykisk helse skal vere ein likeverdig del av folkehelsearbeidet
- ✓ Inkludering, det å høre til og deltaking i samfunnet for alle
- ✓ Pasienten sin helse- og omsorgsteneste
- ✓ Styrka kunnskap, kvalitet, forsking og innovasjon i folkehelsearbeidet og i tenestene
- ✓ Fremme god psykisk helse hos barn og unge

4.2.5 Nasjonal helse- og sjukehusplan

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

Regjeringa legg fram ein ny «Nasjonal helse- og sykehusplan» for Stortinget kvart fjerde år. Meldinga sett retning for utvikling av spesialisthelsetenesta og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstenesta. Det overordna målet er å skape pasienten si helseteneste på ein bærekraftig måte. Pasienten si rolle som ein aktiv deltakar i helsehjelpa er sentralt. Vidare at det skal vere samanhengande tenester på tvers av sjukehus og kommune. Det vert lagt vekt på teamarbeid og gjensidig læring, og at teknologien vert brukt i stadig større grad. For å få dette til vert det sentralt å heve helsekompetansen i befolkninga og gi innbyggjarane tilgang til fleire digitale innbyggartenester.

Regjeringa vil etablere 19 helsefellesskap mellom kommunar og sjukehus med utgangspunkt i helseføretaksområda. I helsefellesskapa vil representantar frå helseføretak, kommunar, lokale fastlegar og brukarar møtast for å planleggje og utvikle tenestene saman. Etablerte avtalar og samarbeidsstrukturar skal ligge til grunn, men vidareutviklast. Fastlegane bør få ei rådgivande rolle, kommunane i helseføretaksområda bør samordne seg betre enn i dag, og nasjonale mynde må vere tydeligare i sine forventningar til kva kommunar og sjukehus bør oppnå i dei nye helsefellesskapa. Nasjonale mynde må støtte helsefellesskapa gjennom betre styringsinformasjon og framskrivningsverktøy og ved å gjennomføre tiltak som betrar pasientforløpa.

Prioriterte pasientgrupper i helsefellesskapa:



4.2.6 Møre og Romsdal fylkeskommune: Regional delplan for attraktive byar og tettstadar

Utvikling av attraktive byar og tettstader er ein grunnleggande faktor for den regionale utviklinga. Attraktivitet fremmar busetting og næringsutvikling, investeringsvilje og rekruttering av kompetansearbeidskraft. For å utnytte denne vekstkrafta best mogeleg, må det skapast ei god funksjonsdeling og eit godt samspele mellom dei ulike sentera og regionane rundt. I ein helse- og omsorgsplan må vi også legge planar for lokalsamfunnsutvikling, og finne vår plass i den regionale samanhengen med samhandlingsaktørar og felles prosjekt.

Hareid er i utgangspunktet éin landskapsregion med Ålesund som regionsenter. Opning av Eiksundssambandet har gitt ei tettare integrering og gode interkommunale samarbeid mellom Ørsta, Volda, Herøy, Sande, Vanylven, Ulstein og Hareid.

Vi er ein del av ein region i vekst, prega av fleire dynamiske næringsmiljø, og heilt i landstoppen når det gjeld innovasjon. Regionen manglar eit eintydig regionsenter, men har fire livskraftige bygdebyar i Ørsta, Volda, Ulsteinvik og Fosnavåg

Innbyggjarane opplever det enklare å reise til Ålesund enn Volda, og kommunen er difor den i Sjostjerna som har flest pasientar på Ålesund sjukehus.

4.2.7 Samarbeidsavtale om god helse, mellom Hareid kommune og Møre og Romsdal fylkeskommune (1.01.20-31.12.23)

Dette handlar om eit strategisk samarbeid for å utvikle folkehelsesamarbeidet i kommunane, der prosjektet har fått namnet «God helse». Avtalepartane har definert sine ansvarsområde. Avtalen ligg som vedlegg til helse- og omsorgsplanen

4.2.8 Helseplattforma

Helseplattforma er ei pågående storsatsing som skal gi ein ny, felles pasientjournal (PAS/EPJ) ved sjukehus og kommunar i heile Midt-Norge. For første gong skal det etablerast ei felles løysning for kommune- og spesialisthelseteneste, fastleggar og avtalespesialistar. Løysinga er kostnadskrevjande og ingen har førebels oversikt over verken dei samla, eller den enkelte avtalepart sine kostnadar i dette. Helseføretaket og Trondheim kommune har nyleg tatt programmet i bruk, medan dei andre kommunane i fylket står framfor politisk behandling hausten 2021 på kor vidt ein vil løyse ut opsjonen.

Journalen skal sette pasienten i sentrum på alle nivå i helsetenesta.

Gjennom Helseplattforma er Midt-Norge regional utprøvings-arena for det nasjonale målbildet "Én innbygger - én journal". Arbeidet som gjerast her er eit mogleg startpunkt for ein felles nasjonal løysning for kommunal helse- og omsorgsteneste.

4.3 Kommunale føringar

Kommuneplanen er frå 2006-2018 og arbeidet med ny samfunnsdel er starta opp. Hareid kommune sin **kommunale planstrategi 2016 – 2020** trekk fram ulike lokale utfordringar og utviklingstrendar. Det står følgjande om omsorgsplan:

«Planen vart godkjent av Hareid kommunestyre i 2011 og er gjeldande til 2015. Planen er ein overordna plan for korleis omsorgstenestene i Hareid skal innrettast i tida framover for å møte innbyggjarane i alle aldrar sine behov for tenester. Det vil vere behov for ei rullering av planen så fort som råd.»

Handlingsprogrammet gir oss dei økonomiske rammene vi må halde oss til. Den sei noko om kva vi har i årlege driftsrammer og kva investeringar som vert prioritert over ei fireårsperiode. Planen kan sei noko om kva vi ynskjer, ein visjon, men tiltaka som vi skal jobbe mot må vere realistiske med tanke på den økonomiske situasjonen vi er i no.

5 Visjon og mål

Målet med helse og omsorgsplanen er at innbyggjarar i Hareid kommune skal klare å meistre eige liv i størst mogleg grad, lengst mogleg og ha tryggleik for at dei får den hjelpe dei har behov for når dei treng det.

Dette skal vi gjere med utgangspunkt i bærekraftmåla:

- ✓ God helse og livskvalitet
- ✓ God utdanning
- ✓ Mindre ulikskap
- ✓ Bærekraftige lokalsamfunn
- ✓ Samarbeid for å nå måla

Det skal leggast til rette for fellesskap, aktivitet, mat og naudsynt helsehjelp. Helse- og omsorgstenestene i Hareid kommune skal tilpassast Leve heile livet- reforma.

Strategiar for tenestane skal vere:

- ✓ Medverknad – ansvar for eige liv
- ✓ Førebygging og kvardagsrehabilitering
- ✓ Godt og strukturert samarbeid med frivillige lag og organisasjonar
- ✓ Rett teneste på rett nivå– personleg tilpassing

6 Folkehelse

Folkehelse handlar om befolkninga sin helsetilstand, kva som påverkar helsa og korleis helsa fordelar seg blant innbyggjarane. Det overordna målet med folkehelsearbeidet er fleire leveår med god fysisk og psykisk helse for den einskilde, og reduksjon av sosiale helseeskilnadar i befolkninga. Folkehelsearbeid handlar om langsiktig og systematisk samfunnsutviklingsarbeid retta mot heile befolkninga, og er ei lovpålagt oppgåve i kommunane.

Oversiktsarbeidet syner nokre positive trekk ved folkehelsa i Hareid kommune. I gjennomsnitt er personar busett i Hareid kommune fornøgd med livet, og opplev at det ein gjer i livet som meiningsfullt (Gjennomsnitt 7,6 på ein skala frå 0-10). Framtidsoptimismen er blant dei høgaste i fylket.

Informasjon knytt til innbyggjarane sine levevanar og fysisk helsetilstand syner nokre mindre positive trekk. Delen med overvekt og fedme (KMI over 25 kg/m²) er høg i samanlikning med landsgjennomsnittet. Totalt 35% av dei registrerte er definert som overvektig, mot 22% som er snitt for landet. Av alle tapte leveår utan helsetap (Noreg) som kan førebyggast, skuldast 39 prosent åtferd. Kosthald og fysisk aktivitet heng nært sammen med fedme. Det er derfor naturleg å sjå desse i samanheng. Endring av helserelatert åtferdsmønster er derfor ei sentral oppgåve innan folkehelsearbeidet.

Ufordiningsbilete syner at psykiske helseplager er av dei størst folkehelseutfordringane i Hareid kommune, som i landet elles. Delen med psykiske symptom og lidingar er særleg høg i aldersgruppa 15-24 år. Psykiske plagar er noko dei aller fleste av oss vil oppleve i løpet av livet. For dei aller leste vil utfordringane vere forbigåande, medan for nokre vert utfordringane meir langvarige og alvorlege. Delen med muskel- og skjelettlidingar utgjer ein vesentleg del av sjukdomsbyrden i kommunen. Utdanning, arbeid og inntekt er av dei viktigaste bakanforliggande faktorane for befolkninga si helse. For eldre og andre som står utanfor arbeidslivet er sosial støtte og deltaking i meiningsfull aktivitet sentralt for å oppleve god livskvalitet.

Folkehelsebarometeret 2021 viser signifikant därlegare i Hareid (under landsgjennomsnitt) på desse punkta:

- Stønad til livsopphald 20-66 år

- Ikkje i arbeid eller utdanning 16-66 år
- Muskel og skjelettplager og sjukdommar
- Overvekt og fedme

7 Personvern

7.1 Personvern

Kommunen må alltid velje den tenesta – ut i frå behovet tenestemottakar har – som grip minst inn i tenestemottakar sitt privat liv.

Tilgang til informasjon og logg skal vere klart avgrensa ut i frå tenestelegbehov.

Den registrerte har krav på å få innsyn i data som vert lagra om han/ho, så det må vere moglege å hente ut slik data.

Personvern må ikkje stå i vegen for god samhandling og brukar sitt ønske til det beste for eiga helse. For at vi skal kunne samhandle på tvers må tenestemottakar samtykke til det. Ved å legge til rette for dette er ein også med på å styrke brukarmedverknad.

8 Fokusområder

Fokusområda som vi har valt å satse på er i tråd med Leve heile livet- reforma og skal bygge på denne.

8.1 Ansvar for eige liv



8.1.1 Mål:

- ✓ Innbyggaren opplever å ha god helse og livskvalitet
- ✓ Innbyggaren opplever at det er lite ulikskap
- ✓ Innbyggaren opplever at det er samarbeid for å nå måla i planen

8.1.2 Status

Kvar og ein må på eige initiativ, og i fellesskap med andre, ta ansvar for si eiga helse, og så godt som råd nytte høva dei har til å påverke eigen livssituasjon. Dette må barn og unge lærast opp i, og vaksne bevisstgjerast på. Fleire av dei største folkehelseutfordringane våre kan førebyggjast ved at befolkninga gjer sunne val i kvardagen.

For å møte framtidas behov for tenester, er det viktig at alle gjer det dei kan for å klare seg sjølv lengst mogleg.

Innbyggjarane skal føle seg trygge på at dei som treng det, får rett hjelp til rett tid, og i rett omfang. Kommunale ressursar og tilsette med rett kompetanse bør prioritere innsatsen sin inn mot dei som er avhengig av kommunale tenester. Dette er i tråd med nasjonale forventningar.

Gjennom å hindre at skade oppstår, avgrense skadeomfang og hindre følgjetilstandar fremmer tenestene god folkehelse. På den måten vert det lagt til rette for at kvar einskild innbyggjar, som har eller står i fare for å få innskrenka funksjonsevne, kan leve eit mest mogleg sjølvstendig og aktivt liv. Førebygging er ein fellesnemnar for tiltak på mange samfunnsområder – anten det gjeld å avverje ulykker, minske risiko for helseskader, hindre

utstøyting frå arbeidslivet, senke førekomst av kriminalitet eller gje støtte til eit barn som står i fare for å komme skeivt ut.

Tidleg innsats er eit tiltak som er helsefremmande og førebyggande, men det kan også stoppe ei ikkje ønska utvikling.

Det handlar om fremje helse i alt vi gjer, og legge til rette for meistring, trivsel og deltaking gjennom alle fasar av livet. På samfunnsnivå handlar det om å oppdage utsette grupper og utviklingstrekk som gjev grunn til uro, og førebyggje helseproblem. I møte med den enkelte handlar det om å avdekke utfordringar og ta tak i dei før dei vert for store. Tidleg innsats inn mot barn og unge handlar om å legge eit godt grunnlag for resten av livet, og å ha eit særskild fokus på dei som treng ekstra oppfølging for å sikre ei god utvikling. Tidleg innsats kan og vere å finne nye måtar å arbeide på, og utvikle berekraftige løysingar i møte med utfordringar vi veit kjem. «Kvardagsmeistring» er eit døme på tidleg innsats både inn mot den enkelte og på systemnivå.

Gode, tverrfaglege og godt koordinerte tenester er ein føresetnad.

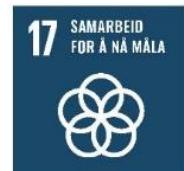
Dette har vi:

- ✓ «Gutesnakk» og «Jentesnakk».
- ✓ BTS (betre tverrfagleg samarbeid)
- ✓ SLT: samhandling av lokale rus- og kriminalitetsførebyggande tiltak. Modellen bidreg til å koordinere informasjon, kunnskap og ressursar mellom kommunale aktørar og politi, samt næringsliv og frivillige organisasjonar når dette er naturleg. I Hareid er det folkehelsekoordinator som er ansvarleg for SLT-funksjon.
- ✓ Handlingsplan mot vold i nære relasjoner
- ✓ Regelmessig oppfølging av jordmor etter gjeldande retningslinjer
- ✓ Fødsels – og foreldreførebuande kurs
- ✓ Oppfølging helsestasjonen etter gjeldande retningslinjer
- ✓ Foreldrekurset i Tryggleikssirkelen
- ✓ PMTO-rådgjeving og PMTO-terapi (Foreldreveiledning)
- ✓ Systematisk samarbeid med barnehagane – undervisning x 2 til førskulegruppene og individuelle saker
- ✓ Institusjonskjøkken med levering av mat til institusjonseiningar og heimebuande i tillegg til servering i matsal for dei som bur i leilegheit.
- ✓ Heimeteneste som helsetenester i heimen, praktisk bistand, tryggleiksalarmer, brukarstyrt personleg assistanse, kreftkoordinator m.m.
- ✓ Lågterskeltilbod rus/psykiatri
- ✓ Vurderingsbesøk av heimetenesta for nokre av tenestene det vert søkt om

8.1.3 Strategi

- ✓ Fange opp barn og unge risikogrupper og utnytte/nytte kompetansen i kommunen.
- ✓ Systematisk arbeid knytt til førebygging og tidleg innsats heile livet.
- ✓ Satse meir på kvardagsrehabilitering og rehabilitering i heim. Her må altså skje ei dreiling av meir teneste i heim og mindre i institusjon (omsorgstrappa).

8.2 Samarbeid/samhandling



8.2.1 Mål:

- ✓ Brukar, pårørande, frivillige, innbyggjar, tilsette, politikarar og næringsliv samarbeider for å nå måla

8.2.2 Status

St. melding 26 Framtidas primærhelseteneste – nærbetegnelse og helhet

«De offentlige helse- og omsorgstjenestene har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår. Med siktet på de demografiske utfordringene som venter oss for fullt om 10–15 år, bør tjenestene organiseres slik at de støtter opp under og utløser alle de ressursane som ligg hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet, i ideelle virksomheter og i næringslivet.»

For å kunne møte utfordringane i framtida, vil det vere viktig å organisere helse- og omsorgstenestene på ein måte som utløysar og støttar opp under ressursane til både brukarar, pårørande, born som pårørande, sosialt nettverk, og i nærmiljøet elles.

Helsedirektoratet viser til at det viktigaste i møtet mellom brukar og hjelpar er god kommunikasjon. Dette fordrar at begge er opne og lydhøyre for kvarandre.

Om ein av oss er usikker på noko, er det betre å spørje enn å anta at den andre har oppfatta eller forstått det vi snakkar om.

Vi må sette av nok tid til å ta opp det som er viktig for at hjelpa skal bli best mogleg. Hjelpar har fagkunnskap – brukar kjenner problema på kroppen, og veit mest om eigne vanskar. Kanskje må vi begge tenke nytt for å få til eit likeverdig samarbeid.

For brukarar og pårørande er det avgjerande at tenestene heng saman. Samhandling handlar om korleis aktørane tek ansvar for å legge til rette for at tenestene står fram som samanhengande og planlagde med klar ansvarsfordeling seg i mellom, utan glippar eller unødig dobbelt arbeid. Det er brei erkjenning av at samhandling i dag i mange tilfelle ikkje fungerer godt nok.

Helsedirektoratet viser til at brukarmedverknad er ein lovfesta rett, og tenesteapparatet såleis ikkje kan velje å halde seg til det eller ikkje. Brukarar har rett til å medverke, og tenesta har plikt til å involvere brukarar i undersøkingar, behandling og val av tenestetilbod. Brukarmedverknad er eit verkemiddel på fleire nivå. Blant anna kan brukarmedverknad bidra til å treffe betre når det gjeld utforming og gjennomføring av både generelle og individuelle tilbod. Individuell plan kan vere ein reiskap for å sikre brukarmedverknad eller det å ha ein fast kontaktperson i kommunen.

Brukarmedverknad har i tillegg ein eigenverdi i at menneske som søker hjelp, på linje med andre, gjerne vil styre over viktige delar av livet sitt, vil ta i mot hjelpe på eigne premissar, og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggande eigenverdi. Dersom brukaren kan påverke omgjevnadane gjennom eigne ressursar og eigne val, vil det igjen kunne påverke sjølvbilete på ein positiv måte og dermed styrke motivasjonen til brukaren. Betringsprosessen kan såleis bli påverka på ein positiv måte og ha ein terapeutisk effekt. I motsett tilfelle kan den hjelpeleysa mange brukarar opplever, bli forsterka.

Folkehelselova § 4 fastslår at kommunane har eit ansvar for folkehelsearbeid og for at kommunen samarbeider med frivillig sektor. Eit godt samarbeid mellom offentlig sektor og sivilsamfunnet er sentralt for ein god samfunnsutvikling.

Frivillig arbeid skal ikkje erstatte lovpålagte oppgåver, men vere eit supplement til den profesjonelle tenesta og bidra til å auke kvaliteten i tilbodet til brukarane. Det å vere frivillig kan gje ein helsegevinst i seg sjølv.

Forsking peikar på at frivillig arbeid i helse- og omsorgssektoren stimulerast når:

- ✓ Kommunen samarbeidar med dei frivillige, koordinerer tiltaka og legg til rette med kontor og møteplassar.
- ✓ Personane som deltek fungerer godt saman, både eldsjelene og kontaktpersonane. Det er lett å ta kontakt med kvarandre.
- ✓ Dei frivillige opplever glede og god respons på arbeidet.
- ✓ Det fins ein god porsjon lokalpatriotisme.

I seinare tid har det kome ei rekke stortingsmeldingar som sett fokus aktivitet og frivilligkeit, mellom anna er St. meld15 (2017-2018) «Leve hele livet» ei reform for aktivitet, deltaking og sosialt fellesskap. Målet er å ta vare på eldre sitt forhold til familie, venner og sosialt nettverk og skape gode opplevelingar og møteplassar på tvers av generasjonar. Fysisk, sosial og kulturell aktivitet skal være tilpassa den einskilde sine interesser, ønsker og behov. Vi veit at mange med demenssjukdom opplever isolasjon og einsemd.

I årar som kjem vil stadig fleire få demens, og det vil bli eit behov for å legge betre til rette, slik at personar med demens lettare kan fortsette å delta i lokalmiljøet.

Når livet blir ekstra sårbart, skal det vere høve til samtale, motivasjon og støtte. Slik skal det bli mogleg å leve livet – heile livet. Som vist til i befolkningsframkrivinga blir mange fleire eldre, og kommunen bør legge til rette slik at eldre kan bu sentralt der kultur og aktivitetstilboda er. Eldre som ressurs må vektleggast.

Legge til rette for og ta vare på dei eldre som alt er ein viktig ressurs i dag, samt legge til rette for ytterlegare rekruttering til ulike aktivitetar og frivillig arbeid.

Pårørande gjer ein stor og viktig innsats for mange i det daglege. Frå nasjonalt hald er det forventa at denne innsatsen skal halde fram og auke. Samarbeid med, og støtte til pårørande er viktig i dette.

Kommunen skal sikre betre koordinering og samhandling ved å endre rutinane for tildeling og oppfølging av helse- og omsorgstenester. Tverrsektoriel, ambulant og teambasert organisering av ulike tenester, og mellom ulike einingar, vil vere et viktig virkemiddel. Vidare skal vi sikre at brukar får nødvendig informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand og tenestene vi gir (Kvalitetsstandard på tenester).

Dette har vi

- ✓ Vi jobbar med førebygging og tidleg innsats, men arbeid må systematiserast og gjelde i alle livet sine fasar. Dette krev samarbeid i sektoren og på tvers av sektorane.
- ✓ Betre tverrfagleg samarbeid (BTS)
- ✓ Inkluderande barnehage – skolemiljø. ISBN- kompetanse, kjennskap
- ✓ Støttande team
- ✓ Tverrfaglig team
- ✓ Systematisk samarbeid med helsestasjonen, – undervisning x2 til førskulegruppene, -individuelle saker, - skrivedans med fysiotapeut
- ✓ Foreldreskule, Foreldrerekurs – Tryggleiksirkelen, PMTO
- ✓ Inkluderande barnehage - skolemiljø – pilotprosjekt
- ✓ Skulehelsetenesta – individuell oppfølging, gruppeundervisning med ulike tema, jente –og guttegrupper
- ✓ Helsestasjon for ungdom
- ✓ Hjelppemeiddelkoordinering

8.2.3 Strategi

- ✓ Avklaringar rundt tenestene vi gir og kva som kan forventast av kommunen og kva kommunen forventar at tenestemottakar klarer sjølv.

- ✓ Fange opp barn og unge risikogrupper og utnytte/nytte kompetansen i kommunen.
- ✓ Fokus på førebygging og tidleg innsats heile livet.
- ✓ Få på plass eit godt og systematisk samarbeid mellom tenesteytar, tenestemottakar (her også pårørande), frivillige og næringslivet. Forbetre system for pårørandestøtte.

8.3 Berekraftig utvikling og innovasjon



8.3.1 Mål:

- ✓ Berekraftige lokalsamfunn
- ✓ Samarbeid for å nå måla i planen

8.3.2 Status

implementering av ny teknologi og nye digitale løysingar skal bidra å understøtte fokusområde 1 og 2.

Velferdsteknologi er ei fellesnemning på tekniske installasjonar og løysingar som kan betre den enkelte si evne til å klare seg sjølv i eigen bustad, og bidra til å sikre livskvalitet og verdigheit for brukaren.

Velferdsteknologi kan delast i fire kategoriar:

- ✓ Tryggleik- og sikkerheitsteknologi
- ✓ Kompensasjons- og vellværeteknologi
- ✓ Teknologi for sosial kontakt
- ✓ Teknologi for behandling og pleie

[På Direktoratet for e-helse sine nettsider finn du meir informasjon.](#)

Å ta i bruk teknologi og utvikle tenesteproduksjonen i kommunen vert viktige grep for å modernisere, effektivisere og heve kvalitet og tilgjenge på tenestene. Det er snakk om alt frå digitalisering av søkerader/svar og elektronisk samhandling og kommunikasjon til automatisering av manuelle oppgåver.

Målet med velferdsteknologi er å skape ein tryggare og enklare kvardag både for pasienten, brukaren, pårørande og omsorgspersonell. Tenesta skal mogleggjere at fleire eldre kan bu heime lenger, den skal styrke meistring i kvardagen og bidra til at brukaren kan leve eit aktivt og sjølvstendig liv. Velferdsteknologi vil gi betre behandling og oppfølging av personar med kroniske sjukdomar, samt ei betre utnytting, auke i kapasitet og kvalitet i helse- og omsorgstenestene.

Kommunen må sjå på velferdsteknologi i samanheng med andre tiltak som kvardagsmeistring og kvardagsrehabilitering (Helse og omsorgsdepartementet, 2015).

Vi bør satse på velferdsteknologi blant anna fordi:

- ✓ Den demografiske utviklinga, spesielt i distriktskommunane i Norge, fører til fleire pleietrengande per yrkesaktiv. Velferdsteknologi kan bidra til å kunne hjelpe fleire med dei same midlane.
- ✓ Velferdsteknologi kan, uavhengig av effektivisering, føre til auka kvalitet i tenestene både for innbyggjarar og tilsette.

- ✓ velferdsteknologi gjer at brukarane vert meir aktive sjølv.

Bruken av teknologi vil utfordre fagkompetansen. Tenesta må gi slipp på innarbeida praksis, opne opp for teknologien og for at tenestemottakarar skal vere aktive deltagar i eige liv, lengst mogleg. Ny teknologi vil ikkje vere passande for alle. Vi må sikre hjelpe også til desse, t.d. ikkje berre digitale søknader og svarbrev (svarbreva går til utskrift for dei som har reservert seg for digital kommunikasjon og dersom dei ikkje vert opna på 2 dagar).

Velferdsteknologi er eit område i sterkt utvikling.

Det er utarbeida eigen handlingsplan for velferdsteknologi i kommunen. [Du kan lese den og meir om løysingane vi nyttar på heimesida til kommunen.](#)

Dette har vi

- ✓ Velferdsteknologi
 - Lokaliseringsteknologi (GPS)
 - Forsterka skjerming (utstyr til 2-3 rom)
 - Signalanlegg (pasientvarslingsanlegg)
 - Digitalt tilsyn
 - Handlingsplan for velferdsteknologi
- ✓ Informasjon om tenesta på heimesida

Når prosjektet med pasientvarslingsanlegg vert ferdig vil vi få meit oversikt over teknologi vi har tilgjengeleg og om desse også kan nyttast mot brukarar ute i eigen heim.

Elektronisk medisineringsstøtte er ikkje prøvd ut enda. Apparata må leigast, det må difor leggast inn i driftsbudsjettet for heimetenesta. Det må gjerast årleg vurdering av prioritering av innføring av velferdsteknologi kvart år slik at rama er lagt i budsjettprosessen.

8.3.3 Strategi

- ✓ God informasjon til brukarar og pårørande om velferdsteknologi og andre tekniske hjelphemiddel.
- ✓ Opplæring i bruk av velferdsteknologi mot både tilsett, brukar og pårørande og trygge pasienten i bruk av teknologi.
- ✓ Tildele velferdsteknologi som ei vanleg teneste og ofte som den fyrste tenesta vi gir.
- ✓ God oversikt over teknologi som er mogleg å nytte og gjer rette val for vår kommune. Fleire av teknologiane må leigast og gir difor auka utgifter på driftsbudsjettet.

8.4 Framtidsretta organisering og dimensjonering av tenestene



8.4.1 Mål:

- ✓ God utdanning
- ✓ Mindre ulikskap
- ✓ Berekräftig lokalsamfunn

8.4.2 Status

Arbeidsgjeverpolitikken til Hareid kommune er tydeleg på at rett kompetanseutvikling er ei naudsynt investering. Kompetanseutvikling skal vere eit av tiltaka for å rekruttere og halde på dyktige og engasjerte medarbeidarar. Tiltaka skal bli gjennomført på ein kostnadseffektiv og

resultatorientert måte. Det er organisasjonen og den enkelte arbeidstakar sitt behov for kompetanse, som skal vere styrande for kva tiltak som skal settast i gang.

Kompetanseutvikling er eit fokusområde i arbeidsgjevarpolitikken.

Lønspolitisk plan sei også noko om kompetanseutvikling, korleis vi skal rekruttere og stabilisere og løn og lønspolitiske verkemiddel.

Sektor for velferd ser på dei tilsette som tenesta sin viktigaste ressurs. Vi må legge til rette for at dei tilsette har dei naudsynte kvalifikasjonane, kunnskapane og haldningane, for å sikre kvalitet på dei tenestene vi skal yte til innbyggjarane i våre.

Fokus på rett kompetanse, på rett plass og til rett tid, vil vere med å bidra til å sikre gode, effektive og trygge tenester.

Kommunen legg til rette for kurs, fagutdanning eller høgare utdanning, og for at tilsette tek vidareutdanninger innan definerte kompetansebehov og prioriterte område. Her viser vi til kompetanseplan for velferd.

I nært samarbeid med tillitsvalde, er det utvikla ein fagutviklingsdag som er fast innarbeidd i turnus og arbeidsplanar på alle einingane. Dette har vist seg svært viktig for å sikre

Vi ynskjer at flest mogleg tilsette har høge stillingsprosentar (heiltidskultur). I tillegg ynskjer vi større grad av faste stillingar og færre vikariat/vakante stillingar. Vi vil frå hausten ta i bruk ressurslag, det gir oss styringa på kompetansen til dei som går inn i korte fråvær. Det vil og gjer at nokre tilsette har fått auke i stillinga si. Ein stor del av dei tilsette i sektoren er arbeidstakrar som har jobba her over år, deira rolla er særskilt viktig for å behalde stabiliteten. Denne gruppa må vi ikkje gløyme viktigheta av.

Dei fleste einingane i velferd har forhandlingsplan (turnus) som gjer at det kan vere med å bestemme korleis deira turnus skal sjå ut.

Sektor har prioritert å ta inn både lærlingar og studentar. For sjukepleiarstudentar har vi eit samarbeid med NTNU. Vi skal ha plass til ungdomslærlingar, framandspråklege og vaksenlærlingar.

Ressursar og tal tilsette med rett kompetanse må dimensjonerast inn imot fleire eldre og større kompleksitet hjå tenestemottakarane både i institusjon og i heim, også med tanke på dei føringane som samhandlingsreforma gjev når det gjeld førebygging og tidleg innsats.

Kommunen har fokus på habilitering og rehabilitering til pasientar som bur heime, er på skule og på andre arenaer. Ved korttidseininga har vi rehabiliteringsplassar.

Vi må få til ei tettare oppfølging ut i heimen ved overgang frå spesialisthelseteneste og/eller korttidseininga i kommunen. Kvardagsrehabilitering er noko vi må prioritere å få implementert som ein del av tenestene våre, men ei slik omlegging tek sjølv sagt litt tid.

Nasjonale føringar tilseier at endå fleire pasientar skal ta i mot rehabilitering ute i kommunane. Helse- og omsorgsdepartementet har omtala dette i «Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering(2017-2019)». I planen er det eit uttalt mål at kommunane skal setjast i stand til å gje eit godt rehabiliteringstilbod til innbyggjarane og over tid overta fleire rehabiliteringsoppgåver frå spesialisthelsetenesta. Tiltak frå regjeringa er kompetansekrav og kompetanseheving, brukarmedverknad, koordinering, samarbeid og tenesteutvikling.

Spesialisthelsetenesta forventar allereie at meir av rehabiliteringstilboden er i kommunane, og pasientane vert overført stadig tidlegare til kommunen. Dette fører til at kompleksiteten i

sakene kommunane får vert større, og det vil vere avgjerande å ha nok personell som har oppdatert kompetanse.

For å få til både habilitering og rehabilitering til brukaren sitt beste dette må vi ha samarbeidet på tvers av sektor og einingar, tilsette må ha rett kompetanse, vi må ha gode rutinar og ha fokus på brukarmedverknad.

Kommunen har i dag 48 institusjonsplassar og 35 leilegheiter med bemanning i same bygg. Vi skal difor ha dei aller beste føresetnadane for å kunne drifte godt økonomisk. Statistikken viser at Hareid kommune ligg høgt på andel innbyggjarar i institusjon samanlikna med landet, fylket og andre kommunar. Vi manglar heilt døgnbemanna butilbod. Kommunen må ei tid framover vere fleksibel med bruken av både institusjonsplassar og leilegheiter og korleis vi definerer desse.

Bu- og habiliteringstenesta må også prioriterast med utbygging av bustadar for denne gruppa.

Kommunen jobbar kontinuerleg med kvalitetsforbetring, men dette er eit område vi kan verte mykje betre på.

Vi har mange rutinar i internkontrollsysteem, men forsatt manglar det nok ein del. Her er det viktig at tilsette etterspør det dei ikkje finn.

Tilsette har byrja å få god rutine på å melde inn avvik, men kan verte flinkare å nytte alle punkta i avviksmeldingane og vere klare i språket dei nyttar.

Leiarar må ha fokus på gode rutinar for å svare ut avvik.

Vi kan lage faste avvik, det gjer at tilsette får ei neste ferdig utfyldt avviksmelding, spesielt gjeld det kategori. Dette gjer at vi vil få ut betre statistikk.

Kommunen har også eit ansvar her med å halde fokus på viktigeita av å nytte systemet og opplæring i korleis bruke det.

Dette har vi

- ✓ Oppretthalde fagdagar eller personalmøte
- ✓ Kompetanseplanen vi har sei noko om det vi har og det vi treng, den må haldast oppdatert og tilsette må kjenne til den og innhaldet i den. Dette kan gjerast ved at:
 - Den er tilgjengeleg på heimeside og i internkontrollsysteem
 - Det vert informert om dette på fagdagar
 - Tillitsvalte er med på å hjelpe med å få ut informasjon
- ✓ 48 Institusjonsplassar
- ✓ Leilegheiter med fast bemanning dag og kveld
- ✓ Bueiningar knytt mot tenester til psykisk utviklingshemma
- ✓ Avlastningsbustadar til personar med samansett sjukdomsbilde
- ✓ Andre utleigebustadar i kommunen

8.4.3 Strategi

- ✓ Etablere døgnbemanna bustadar
- ✓ Etablere forsterka bustadar
- ✓ Etablere bustadar til menneske med nedsett funksjonsevne, både fast og
- ✓ Samle tildeling av kommunale bustadar til ein sektor/ei eining
- ✓ Bygge opp og behalde kompetanse.

9 Tiltaksplan

Tiltaksplanen skal årleg reviderast og rapporterast på til levekårsutvalet i kommunen.

Nye tiltak	Oppstart	Avslutta	Ansvarleg for gjennomføring	Kostnad
Pålhaugen 1. Når vi først bygg ut og nyt må vi dimensjonere stort nok for framtida. Om prosjektet må delast opp i fleire steg må det avklarast snarleg.	2021	2024	Kommunaleigedom med ressurspersonar frå sektor for velferd og då primært frå bu- og habiliteringseininga. Representantar frå tillitsvalte bør vere involvert i prosjektet. Brukarrepresentantar.	Sjå Handlingsprogram
Døgnbemanna bustadar. Det må startast opp for planlegging og utbygging av eit slikt tilbod	2022	2025	Kommunaleigedom med ressurspersonar frå sektor for velferd og då primært frå heimetenesta. Representantar frå tillitsvalte bør vere involvert i prosjektet. Brukarrepresentantar.	Sjå Handlingsprogram
Forsterka bustadar. Det må startast opp for planlegging og utbygging av eit slikt tilbod	2022	2022	Kommunaleigedom med ressurspersonar frå sektor for velferd og då primært frå helse- og koordinerande eining. Representantar frå tillitsvalte bør vere involvert i prosjektet. Brukarrepresentantar. Samarbeide med private aktørar	Sjå Handlingsprogram
Omgjering av 8 institusjonsplassar til døgnbemanna bustadar som ei mellombels løysing. Vidare må vi ha ein plan for korleis vi vil nytte institusjonsplassane i framtida.	2022	→	Sektor for velferd. Dette er eit arbeid som er i stadig endring og vi må klare å følgje behova som vi har i vår kommune, kontinuerleg arbeid. Einingsleiarar og tillitsvalte må jobbe saman for å få dette til. Brukarrepresentantar.	
Lage gode kriterium for utleige av kommunale bustadar og at dette vert drifta frå ei eining.	2021	2021	Kommunal eigedom. Kommunal eigedom tek ansvar for dette arbeidet, men må samarbeide med dei	Ingen kostnad, betre bruk at tid og ressursar når denne rutinen er på plass.

Nye tiltak	Oppstart	Avslutta	Ansvarleg for gjennomføring	Kostnad
			andre sektorane for å få til ei god og permanent løysing	
Auke involvering frå tilsette og vektlegge viktigheita av den tilsette sin kunnskap. Bruke kompetanseplanen, vidareutvikle den.	2021	→	Kommunalsjef i samarbeid med einingsleiarar. Tillitsvalt må vere med	
Aktivitetssenter – vurdere av omfang, lågterskeltilbod, småjobbpraksis, lokalitet, matfellesskap (i staden for utkøyring av middag) m.m. - Forprosjekt	2022	2022	Einingsleiar helse- og koordinerande eining. Må ha med tilsette frå sektoren i tillegg til tillitsvalte.	Forprosjekt som vil «koste» bruk av tilsette si tid.
Oppsökande og førebyggande besök – rus og psykisk helseteam Meir systematisk tverrfaglig oppfølging av ungdom med rusproblem eller begynnande rusproblem. Tidlig inn	2023	→	Samarbeid mellom helsestasjon og rus/psykiatri	Prosjektmidlar
Førebyggande heimebesøk – Tverrfagleg samarbeid mellom ergoterapeut, fysioterapeut, sjukpleiar og brukar/pårørande Førebyggande heimebesøk innførast for alle i alder 75 år	2022	→	Sektor for velferd	Prosjektmidlar
Eigenmeistring og kvardagsrehabilitering - Fokus på psykisk helse hos eldre- korleis trygge i eigen bustad	2022	→		Prosjektmidlar
Pasientsikkerheit Bruk av tavlemøter for avdekke risiko og system for oppfølging og forbetring. Bruk av pasientsikkerheitsprogrammet «I trygge hender 24/7» og førebygge pasientskader (t.d. legemiddelhandtering, ernæring, fallførebygging, underernæring, trykksår, sjølvmord mm.). Bruk av velferdsteknologi	2022	→		Prosjektmidlar

Nye tiltak	Oppstart	Avslutta	Ansvarleg for gjennomføring	Kostnad
(elektronisk tavle integrert til Gerica elektronisk pasientjournal).				
Ernæring – mat og måltid og felleskap rundt måltid. Samkøyre med tiltakt oppbygging av heimeteneste og aktivitetssenter. Forprosjekt	2022	2022	Einingseiar kjøkken	
Tiltak for stabile legetenester				
Heiltidskultur/unngå ufrivillig deltid. Her må vi gå inn i det interkommunale prosjektet for meir kunnskap. Gjeld også organisering av arbeidstid, utprøving av langvakter i større/mindre grad (helsefremmende turnus for heiltid, stabilitet/kontinuitet og kvalitet), årleg kartlegging, auke ressurslag mm.			Einingsleiarar i sektoren. Interkommunalt samarbeid? KS?	
Innvandrarar/flyktningar – Kartlegge behovet deira for helse- og omsorgstenester. Andrelinjenestenesta støttar der det er alvorlege traumar. Økonomi vert ivareteke av NAV fram til dei eventuelt kan ha helse til å forsørge seg sjølv.			Samarbeid med NAV og ressursenteret, ved flyktningstenesta. Einingane helse- og koordinerande og heimetenesta må samarbeidet om ansvar for denne kartlegginga.	
Bygge opp heimetenesta med tverrfagleg fokus: tilsette ergoterapeut, fysioterapeut til eininga. Team for vurderingsbesøk, primærhelseteam i samarbeid fastleggar	2022	2022	Einingsleiar heimetenesta	
Meir systematisk og tettare tverrfagleg oppfølging av dei sårbare foreldra i både svangerskap og tida etterpå. Tidleg innsats i mors liv. Styrking av foreldrerolla 0-5 år.	Vurdere oppstart i 2022			
Teknologi – for alle aldersgrupper som har behov for tenester må ein tenke på bruk av	Tiltak rev. årleg	→	Velferd ved ansvarleg for velferdsteknologi.	Må leggast inn på drift og ev.

Nye tiltak	Oppstart	Avslutta	Ansvarleg for gjennomføring	Kostnad
<p>teknologi som naturleg del av tenesta.</p> <p>Velferdsteknologiske tenester kan giast ved hjelp av t.d. appar, dispenser for legemiddelhandtering, digitale tilsyn eller konsultasjonar/sjølvregistrering til dømes.</p> <p>Dette kan auke både brukarmedverknad og sjølvstendigheit til den enkelte. Velferd sin handlingsplan for velferdsteknologi må jamleg reviderast og spelast inn til budsjettarbeid for prioriteringar utifrå kommunen sitt behov.</p> <p>Handlingsplan for velferdsteknologi må sei noko om implementering og opplæring av både tilsette og brukarar.</p>	Ny politisk behandling i 2023		Tillitsvalte og brukarmedverknad må vektleggast	investering årleg i handlingsprogrammet
Informasjon, råd og rettleiing om korleis den enkelte kan ta grep i eige liv til aldersgruppa 72-74 til gruppесamling/ fellessamlingar.	Vurdere oppstart i 2022			
Sikre fellesmøtepunkt og opplæring for pårørande			Velferd i samarbeid med pårørandegruppa	
Førebyggande tiltak, eks. MOT? Noko som skapar felleskjensle, tilhøyr, stoltheit Ungdomsarbeidar – kontinuitet Alternative aktivitetar, eks. gamingklubb, mekkeklubb.			Læring og kultur i samarbeid med velferd	
Informasjon på heimeside må samsvare med kvalitetsstandarden når den er godkjent	Desember 2021	→	Kommunalsjef	
Kvalitetsstandard av tenester slik at vi (både ytar og mottakar) veit kva som er forventa av oss. Standarden må ligge til grunn for informasjonen som ligg på heimesida og den som vert gitt ut til brukarar og tilsette.	Politisk behandlast i desember 2021	→	Velferd ved tilsett i stab saman med einingsleiar og kommunalsjef. Tillitsvalt er informert.	

Nye tiltak	Oppstart	Avslutta	Ansvarleg for gjennomføring	Kostnad
Skjemaet for søknad på teneste må endrast tilsvarande.				
Informasjon ut via t.d. heimeside.	Vår 2022 med årleg revisjon	→	Velferd + Informasjonskonsulent, folkehelsekoordinator	
Bustadsosial handlingsplan Stimulere til at fleire eldre tek ansvar for eigen bustad. Bustadar for yngre som har vanskar med å kome inn på bustadmarknaden	2022	2022	Kommunalsjef / eigedomsleiar	
Ruspolitisk handlingsplan. Fokus må vere både på førebygging, behandling og ettervern. Bistand grunna utfordringar i psykisk helse – og eller rus (samtaleterapi, miljøarbeid, legemiddelhandtering).	2021	2022	Kommunalsjef	
Plan for god psykisk helse. Fokus må vere både på førebygging, behandling og ettervern. Bistand grunna utfordringar i psykisk helse – og eller rus (samtaleterapi, miljøarbeid, legemiddelhandtering).	2023	2023	Folkehelsekoordinator	Tid til den tilsette
Demensplan				
Handlingsplan mot vold i nære relasjoner – ut i organisasjonen. Vi har fått tilsendt brosjyrar. Vi vil få tilsendt videosnutt om innhaldet i planen. Sunnmøre krisesenter møte i kommunedirektøren si	2021	2021	Kommunalsjef med hjelp av Sunnmøre krisesenter.	

Nye tiltak	Oppstart	Avslutta	Ansvarleg for gjennomføring	Kostnad
leiargruppe, deretter må kvar sektor ta den vidare ut til dei tilsette.				
Plan for samarbeid med frivillige. Styrke arbeid saman med frivillige og næringsliv. Kommunen må koordinere arbeidet Møteplass for frivillige. Koordinator/kontaktpunkt i kommune (for dei frivillige)	2022	2022	Avklarast i løpet av 2021	
Helseplattformen stilling haust 2022	2022			Avhengig av budsjettmidlar til løn

10 Økonomi

Helse- og omsorgsplanen må sjåast i samanheng med kommunen sitt budsjett og økonomiplan. Dette må tydeleggjera for å få ei realistisk heilheitsbilete. Økonomiske disposisjonar må ta innover seg framtidige utfordringar med tanke på demografi og tenestetilbod. Berekraft – framtidig behov – totaliteten av tenesteproduksjon må vere innafor den økonomiske ramma til kommunen.

11 Vedlegg

[Føringar og styrande dokument – Hareid kommune](#)

[Føringar og styrande dokument - velferd](#)

[FNs bærekraftsmål](#)

[Samhandlingsreforma](#)

[Leve heile livet](#)

[Mestre heile livet](#)

[Demensplan 2025](#)

[Nasjonale faglege retningsliner for helsestasjon og skulehelsetenesta](#)

[Nasjonale retningsliner for svangerskapsomsorg](#)

[St. melding 26 Framtidas primærhelseteneste – nærhet og helhet](#)

[Tidleg oppdaging av utsette barn og unge](#)

[Fylkesplan for Møre og Romsdal 2021-2024](#)

[St. meld 45 \(2012–2013\) «Frihet og likeverd](#)

Rapport frå Agenda Kaupang - Kartlegging og framskriving av bustadtrapp i Hareid kommune – vedlagt

Folkehelseoversikt og oppvekstprofil – vedlagt